सहमति पत्र

मरीज का नाम .....

उम्र.....लिंग.....UHID No……..

हमें हमारी भाषा में डॉक्टर द्वारा बताया गया है कि _____

_____

_____

_____

हमारा मरीज गंभीर रूप से बीमार है एवं उपचार के दौरान होने वाली जटिलताओं से हमें अवगत करा दिया गया है तथा हमें पूर्ण रूप से विदित है कि उपचार के दौरान समस्याएं उत्पन्न हो सकती है, इन सभी खतरों से अवगत होने के बाद भी हम हमारे मरीज को इस अस्पताल में उपचार हेतु भर्ती कराने के लिए सहमत हैं।

हस्ताक्षर

मरीज से संबंध

दिनांक

समय